

Medidas de Resultados (Outcome Measures)

Madalena Gomes da Silva *

* msilva@ess.ips.pt

INTRODUÇÃO

É sentido por todos os que estão envolvidos na prestação de cuidados de saúde, uma crescente necessidade de avaliar, de forma rigorosa e aceitável, o impacto da doença e/ou incapacidade, sobre o indivíduo. Se por um lado os próprios utentes conhecem melhor os seus problemas e esperam, cada vez mais, ser envolvidos nas decisões que dizem respeito à sua saúde; por outro lado, os gestores dos serviços são cada vez mais pressionados para mostrar efectividade e qualidade, isto é, providenciar uma resposta aos reais problemas dos utentes tendo em conta a melhor qualidade ao mais baixo custo. A isto acresce ainda a tentativa das entidades financiadoras, governos ou outras, de encontrar formas financeiramente viáveis, para assegurar serviços de saúde úteis aos utentes.

Estes motivos levam a que os fisioterapeutas sejam diariamente pressionados a demonstrar a efectividade da sua prática, que é naturalmente, em primeira e última instância, uma característica fundamental do seu exercício profissional - prestar os melhores cuidados possíveis a cada utente/comunidade que usufrui dos seus serviços. O que só pode ser garantido através da avaliação da efectividade da sua intervenção.

* Professora
Coordenadora da
Escola Superior de
Saúde do Instituto
Politécnico de Setúbal

A prática clínica do fisioterapeuta, rege-se por um conjunto de padrões (Padrões de Prática dos Fisioterapeutas – APF 2002; sugeridos pela World Confederations of Physical Therapists), que impõe a utilização da melhor evidência conhecida, na tomada de decisões acerca dos cuidados a prestar a cada utente, o que se traduz na integração da "expertise" clínica individual e dos valores do utente com a melhor evidência clínica disponível, obtida de forma sistemática (BURY *et al* 1998; SACKET *et al* 2000); impondo-se igualmente a selecção de medidas de resultados que integrem a perspectiva do utente e cujos resultados analisados permitam uma análise da efectividade da intervenção utilizada.

Tem sido cada vez mais reconhecido que as tradicionais medidas de resultados, seleccionadas de acordo com o modelo médico e centradas maioritariamente nas disfunções do corpo, devem ser complementadas por medidas que sejam mais centradas nas

preocupações e interesses dos utentes. A elevada prevalência de condições crónicas acentua mais ainda a importância da utilização destas outras medidas de resultados.

No seguimento dos artigos anteriores, publicados nesta rubrica, centrados na prática baseada na evidência, na leitura crítica da evidência e nas normas de orientação clínica, o objectivo do presente artigo é promover a utilização de medidas de resultados pelos profissionais de saúde. Para isso encontra-se organizado em duas partes, a primeira centra-se no conceito de medidas de resultados (âmbito da sua aplicabilidade e relevância) e utilização clínica (critérios utilizar na sua selecção). A segunda parte ilustra um exemplo de selecção e utilização de uma medida face a um caso clínico tomado como exemplo.

O que são Medidas de Resultados?

Medidas de Resultados são instrumentos de avaliação, questionários ou outros, que pretendem avaliar a saúde dos utentes ou aspectos relacionados com ela, questionando os próprios utentes (FITZPATRICK *et al* 1998). No fundo, são os instrumentos que permitem demonstrar os resultados obtidos com o processo de cuidados de saúde prestados, a determinado utente ou comunidade (BAUMBERG *et al* 1995).

Uma medida de resultado em fisioterapia é um teste ou uma escala administrada ou gerida pelo fisioterapeuta, que mede um atributo específico com interesse para o utente e para o fisioterapeuta, esperando-se que seja influenciado pela intervenção deste. (MAYO 1995).

No entendimento do que são medidas de resultados, há uma distinção que é importante ser feita: medidas que reportam à percepção dos utentes e medidas que avaliam a percepção dos fisioterapeutas. As primeiras são denominadas medidas de resultados centradas no utente e as segundas centradas no profissional. A literatura sugere a importância de ambas e nomeadamente a importância da sua utilização complementar (FARQUHAR 1995; WOODEND *et al* 1997; FITZPATRICK *et al* 1998)

Da classificação sugerida no quadro da direita, os questionários de auto-preenchimento são normalmente instrumentos que pedem a percepção do utente, enquanto que os outros são instrumentos centrados na percepção do fisioterapeuta.

É importante salientar que na literatura não se encontra consenso na utilização da terminologia que diz respeito a medidas de resultados centradas nos utentes, nomeadamente

TIPOS DE MEDIDAS DE RESULTADOS

De acordo com a classificação proposta pela Chartered Society of Physiotherapy (2001) as medidas de resultados podem ser:

Questionários de auto- preenchimento

Escalas de observação dos fisioterapeutas

Actividades específicas

Testes de incapacidade Testes fisiológicos

nas áreas da qualidade de vida, funcionalidade e/ou estado de saúde. Isto implica que, cada vez que alguém se propõe avaliar a qualidade de vida do utente deve pesquisar e identificar o modelo conceptual que pretende utilizar, e seleccionar uma medida de resultado que esteja de acordo com ele.

Há uma outra classificação sugerida por FITZPATRICK *et al* (1998), que divide as medidas de resultados não pelo tipo de instrumento mas pelas características que avalia. Sugerem estes autores que podemos ter medidas genéricas, medidas de capacidade e/ou função e medidas de incapacidade ou fisiológicas.

As Medidas genéricas são as medidas que avaliam o estado geral de saúde, incluindo o estado de saúde social, emocional e físico, podendo ser aplicadas independentemente da condição ou doença, grupos demográficos ou sociais (BINKLEY *et al* 1999). Relacionando com a classificação anterior, são normalmente questionários de auto-preenchimento.

As Medidas de capacidade e/ou função são medidas específicas de alguma doença ou condição que avaliam a percepção do utente sobre a condição ou problema de saúde (FITZPATRICK *et al* 1998). Algumas são preenchidas pelos utentes, outras pelos profissionais de saúde e outras ainda pela família, logo, podem ser questionários ou medidas de quaisquer dos tipos referidos no quadro acima.

Medidas de incapacidades ou fisiológicas avaliam parâmetros fisiológicos específicos que podem ocorrer em condições clínicas diversas e não se centram na percepção do utente, mas sim na do profissional de saúde, por exemplo o fisioterapeuta. Exemplos destas são a goniometria, teste muscular, escalas visuais análogas diversas, escalas de avaliação da dor, entre outras.

As medidas de resultados são extraordinariamente úteis na informação sobre a efectividade das intervenções em situações reais (ao contrário de cenários artificiais utilizados na investigação) e na sequência disso informam a prática clínica, e consequentemente a continuidade das estratégias de intervenção utilizadas ou a sua alteração (CSP, 2001).

Identificar e encontrar uma medida de resultados pode no entanto ser confuso e levar muito tempo. Nem todas as medidas de resultado estão publicadas em artigos, nem sempre é possível ter acesso às propriedades psicométricas do instrumento, nem sempre existem traduzidas e validadas para a língua portuguesa, nem sempre os estudos de adaptação para o Português têm a qualidade desejada e nem sempre os autores dão autorização para que se utilize a medida, sem implicações financeiras. Seguidamente são analisados alguns destes problemas e sugestões de resolução.

Onde encontrar medidas de resultados?

A melhor forma de iniciar a pesquisa de uma medida de resultados é na literatura. Sabemos que em português esta é escassa, mas a literatura internacional é abundante. Os artigos publicados utilizam, quase sempre, medidas de resultados de um ou vários tipos, que podem ser úteis.

Depois de encontrada a medida, a fase seguinte é perceber se esta existe traduzida em português e validada para a população portuguesa, ou se, sendo uma medida de desempenho físico, tal tradução e validação não é ou não adequada. Em Portugal, a melhor forma de procurar uma medida de resultado será através das Escolas Superiores onde se ministram as licenciaturas bi-etápicas em Fisioterapia. Se na língua inglesa os instrumentos nem sempre estão publicados em revistas com revisão por pares (comissões científicas), na língua portuguesa muito raramente isso acontece por contingências conhecidas de todos.

Tem sido através dos projectos de investigação, realizados nas licenciaturas, que se têm validado para português muitos instrumentos de medida. No entanto, há que ter em atenção que, estudos de validação realizados há 10 anos, podem não ter o rigor necessário, uma vez que o conhecimento de então sobre o processo de validação e as suas exigências é diferente do conhecimento actual.

Nomeadamente, estão disponíveis hoje Normas de Validação de Instrumentos que até agora não existiam sistematizadas desta forma. Algumas escolas superiores têm também feito monografias baseadas na compilação dos instrumentos existentes e comparando as suas propriedades psicométricas. O ANEXO 1 descreve as escolas onde é leccionada a Licenciatura em Fisioterapia (de acordo com a lista disponibilizada pela APF), e respectivos sítios na internet.

Como seleccionar as Medidas de Resultados?

Inicialmente, para poder seleccionar uma medida de resultados o fisioterapeuta deve tentar responder a duas perguntas prévias que lhe permitirão identificar os pressupostos da sua avaliação: **"Porque é que se pretende medir?"** e **"Qual o objectivo da intervenção?"** A resposta a estas duas questões vão facilitar ao fisioterapeuta uma reflexão que o encaminhará mais para um tipo de medida ou para outro.

As razões que levam um fisioterapeuta a medir/avaliar poderão ser de dois tipos:

(A) - Para o ajudar, enquanto profissional, a avaliar o efeito da sua intervenção. Tem necessariamente, enquanto indivíduo, de avaliar a efectividade da sua prática e cumprir os padrões de prática. Quer compreender se está a obter os resultados que esperava; quer conhecer a sua efectividade clínica; quer monitorizar o progresso do utente de forma objectiva; quer partilhar os resultados deste progresso com o utente de forma a motivá-lo cada vez mais a participar na intervenção (razões de ordem interna).

(B) - Para poder responder a terceiros acerca da efectividade da intervenção. Esta é uma necessidade exterior a si, enquanto profissional. Pode advir do utente, da companhia de seguros que financia os tratamentos do utente ou da entidade empregadora (razões de ordem externa).

Assim, o profissional perceberá se está a avaliar por razões maioritariamente externas a si, maioritariamente internas ou um misto de ambas. Esta informação e a resposta à segunda pergunta, ajudarão a identificar o tipo de medida necessário para a situação clínica em causa.

Qual o objectivo da intervenção?

O que é que exactamente se está a tentar mudar na condição do utente? Por exemplo, considerando que se pretende melhorar a funcionalidade. Mas a funcionalidade de quê? Membro superior? Que actividade específica é que o utente reporta dificuldade em realizar? Quanto mais específico for o objectivo a atingir, mais fácil será a procura de uma medida de resultados adequada.

Após ter identificado o tipo de medida que melhor se adequa aos motivos pelos quais se está a avaliar e aos objectivos que se pretendem com a intervenção, caberá ao fisioterapeuta a tarefa de encontrar instrumentos que avaliem esses requisitos. Contudo, existem muitos instrumentos disponíveis com objectivos semelhantes e é fundamental saber escolher o mais indicado, dentro da panóplia existente.

No fundo, estas questões reflectem os oito critérios essenciais na identificação da qualidade da medida de resultados a ser utilizada.

OITO QUESTÕES QUE FACILITAM A SELECÇÃO DA MEDIDA DE RESULTADO ADEQUADA

1. O conteúdo do instrumento é adequado aos objectivos da intervenção? (**Adequação**)
 2. O instrumento produz resultados reproduzíveis e consistentes (**Fidedignidade**)
 3. O instrumento avalia o que se propõe avaliar (**Validade**)
 4. O instrumento detecta mudanças ao longo do tempo, relevantes para o utente (**Sensibilidade**)
 5. Quão fácil é interpretar os scores obtidos com o instrumento? (**Interpretabilidade**)
 6. O instrumento é aceitável pelos utentes (**Aceitabilidade**)
 7. O instrumento é fácil de utilizar? (**Viabilidade**)
- (Fitzpatrick et al 1998)

Avaliação da qualidade da medida seleccionada

Os critérios adicionais (aos acima expostos), propostos pela literatura internacional, para avaliação da qualidade da medida seleccionada (CSP, 2001), dificilmente se aplicam no contexto português. Estes critérios sugerem que as medidas de resultados a serem utilizadas devem estar publicadas em revistas com revisões por pares, descritas com claras instruções de utilização e cotação.

Como já foi referido anteriormente, sabemos que no contexto da publicação de fisioterapia em Portugal tal não é possível, pois não existem publicações com revisão por pares. Contudo, os outros critérios disponíveis aplicam-se sem restrições. Assim, uma medida de resultados deve apresentar:

1. Adequação

A adequação, como o nome sugere, reporta à adequação do conteúdo do instrumento (suas questões ou tarefas), aos objectivos específicos da intervenção que se pretende. Também é fundamental considerar se as perguntas ou tarefas são adequadas ao utente em causa.

A partir do momento em que o fisioterapeuta começa a conhecer e utilizar com frequência e as medidas de resultados, esta selecção da adequabilidade passa a ser mais rápida e quase óbvia, devendo ter sempre em conta que outros instrumentos poderão, entretanto, ter sido desenvolvidos e serem mais adequados aquele utente especificamente (FITZPATRICK *et al* 1998).

2. Fidedignidade

A fidedignidade demonstra que uma avaliação pode ser repetida quando administrada em mais do que uma ocasião ou por mais do que um observador, em circunstâncias semelhantes, produzindo resultados também eles semelhantes.

No fundo responde à questão: Será que esta medida produz resultados reproduzíveis e consistentes internamente?

Podemos considerar vários tipos de fidedignidade:

Consistência interna ou equivalência – corresponde à medida em que todos os itens de uma escala avaliam aspectos de um mesmo atributo ou conceito e não diferentes conceitos. Normalmente é avaliado através da utilização de um teste denominado Alpha de Cronbach e os scores ideais situam-se entre o 0.7 e o 0.9 (NUNELLY e BERNSTEIN, 1994; STREINER e NORMAN, 1995).

Reprodutibilidade - avalia se a medida produz o mesmo resultado em ocasiões diferentes, quando a pessoa que responde é a mesma e está em circunstâncias semelhantes. Testa-se através do teste-reteste ou fidedignidade intra-observador. Na sua análise é usualmente utilizado um coeficiente de correlação. Dos mais utilizados são o "Pearson Product Moment Correlation Coefficient" ou o "Inter Class Coefficient" (ICC).

Fidedignidade inter-observador avalia se a medida produz resultados semelhantes quando aplicada por pessoas diferentes em ocasiões semelhantes. Os testes utilizados na sua avaliação são semelhantes à reprodutibilidade e o resultado esperado é também coeficientes entre 0,7 e 0,9 (NUNELLY e BERNSTEIN 1994; STREINER e NORMAN 1995).

É importante realçar que a fidedignidade não existe em termos absolutos mas apenas no contexto/pessoas em que foi testada. Por exemplo, um instrumento cuja fidedignidade foi testada na população adulta jovem não é necessariamente fidedigno para pessoas idosas.

A fidedignidade pode ser avaliada através de testes muito específicos e com resultados objectiváveis, sendo por isso relativamente fácil de estabelecer, assim exista disponível, essa informação sobre os instrumentos que pretendemos seleccionar.

3. Validade

A validade representa a extensão de que aquele instrumento avalia o que se propõe avaliar. À semelhança da fidedignidade, a validade não existe em termos absolutos mas apenas para uma população/grupo e objectivos específicos (GRONLUND e LINDT 1990; PATRICK e CHIANG 2000).

Existem diversos critérios sobre os quais a validade pode ser avaliada, nomeadamente a validade de construto, validade de conteúdo, e a validade de critério.

A validade de construto é investigada através da avaliação das relações do construto a ser avaliado, por exemplo função, com um conjunto de outros com ele relacionados, por exemplo mobilidade ou amplitude de movimento. É uma análise quantitativa que para ser considerada forte deve constar de inúmeras relações com diversas variáveis e não apenas uma. De acordo com MCDOWELL e NEWELL (1996) uma correlação de 0.60 já pode ser considerada boa em termos de validade de construto, pois trata-se de conceito diferentes e não do mesmo.

A validade de conteúdo representa o quanto os itens de determinado instrumento cobrem de forma adequada e representativa o seu conteúdo (domínio conceptual). É avaliada de forma mais qualitativa e baseada em julgamentos de profissionais e/ou dos próprios utentes. A avaliação dos utentes é fundamental embora até há pouco tempo não muito utilizada, mas devemos reconhecer que sobre imitações, incapacidades e/ou doenças, os utentes detêm por experiência própria o seu conhecimento.

A validade de critério diz respeito à relação de determinada medida com outra que se considere uma medida *standard* para determinado construto/conceito (GUYATT 2000). Contudo, na área da saúde e considerando medidas de estado de saúde, função ou qualidade de vida, dificilmente se encontram as medidas *standard* a que a literatura se refere.

4. Sensibilidade

Esta é a capacidade da medida para detectar mudança na condição do utente ao longo do tempo, isto é, será que o instrumento é sensível às subtis mas importantes mudanças que ocorrem ao longo do tempo em cada utente?

A literatura está menos desenvolvida nesta área, quando comparada com a validade e fidedignidade. No entanto, existem várias formas de avaliar a sensibilidade que raramente são reportadas na literatura, nomeadamente (1) a correlação das alterações obtidas com a

utilização da medida, com outras medidas, no mesmo espaço de tempo, com os mesmos utentes; (2) avaliar a dimensão dos efeitos obtidos; (3) avaliar a resposta média estandardizada; (4) avaliar a eficácia relativa; (5) avaliar o efeito de tecto ou de base e (6) avaliar a distribuição dos valores de base. Para uma leitura mais aprofundada deste tema sugere-se a leitura de FITZPATRICK *et al*(1998).

5. Interpretabilidade

Esta característica diz respeito à facilidade ou dificuldade com que se interpretam os resultados, isto é, ao significado que se lhes atribui e às consequências que esse significado tem para a intervenção junto do utente.

Haverá medidas clínicas, por exemplo a amplitude de movimento (avaliada com o goniómetro) ou a força (avaliada com o teste muscular) para as quais é mais simples para o fisioterapeuta atribuir significado e integrar esse significado na sua intervenção junto do utente. São medidas mais objectivas com as quais o profissional está mais familiarizado, e para as quais há medidas *standard* para a população, ou seja, conhece-se a expectativa do "normal".

Quando se utilizam medidas mais abrangentes ou holísticas, por exemplo: a funcionalidade, pode ser mais complexo para o fisioterapeuta decidir qual a diferença, em termos de intervenção, que faz um *score* de 56 ou 65 no "Functional Status Questionnaire", pois não há medidas estandardizadas sobre esta característica.

Uma possível abordagem à interpretabilidade dos resultados é o cálculo do efeito clinicamente benéfico para o utente, que através de uma fórmula própria nos permite conhecer a menor diferença no *score*, que os utentes percebem como benéfico, e que sugere que, na ausência de efeitos secundários e custos excessivos, se proceda a uma alteração na intervenção junto do utente (JUNIPER *et al*1994)

6. Aceitabilidade

É importante haver evidência de que o instrumento é bem aceite pelos utentes. Uma forma de ter esta informação é olhar para as taxas de resposta de estudos publicados em que o mesmo instrumento esteja a ser utilizado. Numa fase inicial de desenvolvimento e validação do instrumento, esta aceitabilidade é avaliada pela validade aparente. Numa fase posterior podemos avaliá-la pelas taxas de resposta quando se trata de um instrumento de auto preenchimento.

Algumas razões que podem levar a uma baixa aceitabilidade podem ser o tempo de preenchimento, a não adaptação cultural e portanto a utilização de questões com as quais a pessoa que responde não se identifica (FITZPATRICK *et al* 1998)

Na situação de instrumentos em que seja a percepção do fisioterapeuta que é alvo da avaliação, é importante saber se nenhum dos movimentos ou actividades implicadas colocam em risco aquele utente.

7. Viabilidade

O tempo e recursos necessários à aplicação do instrumento, mas também ao processamento e análise da informação obtida, são factores muito importantes na selecção de uma medida de resultados. O ignorar este tipo de factores pode implicar a incorrecta utilização do instrumento ou a recolha de informação que não pode ser analisada atempadamente face ao objectivo inicial da sua utilização.

EXEMPLO

Considere a seguinte situação clínica:

Uma utente com 81 anos caiu na sua residência, onde vive só, e recorreu ao hospital. Não tem lesões decorrentes da queda, contudo ficou internada para observação pois há suspeita que um AIT tenha sido a origem da queda. Esta hipótese de diagnóstico médico não se confirmou, sendo que a queda foi atribuída à fragilidade geral. Teve alta e passa a ser acompanhada pela equipe de cuidados continuados onde está integrado um fisioterapeuta.

PASSO 1

Porque é que eu pretendo medir?

Qual o objectivo da minha intervenção?

Estando a trabalhar numa equipa de cuidados continuados, o fisioterapeuta ao avaliar tem a intenção de poder estabelecer a efectividade da sua intervenção e simultaneamente integrá-la nos resultados da equipa. Nesta situação, tem certamente motivações internas, enquanto profissional e motivações externas geradas pela equipa onde se integra e os resultados que pretende atingir.

Quanto aos objectivos de intervenção, a equipa transdisciplinar, conhecendo a problemática da pessoa idosa e as consequências da institucionalização, tem como objectivo primeiro a manutenção desta utente na sua residência. Isto implica a preocupação com o aumento da sua funcionalidade e independência nas actividades do dia a dia.

A literatura não é muito clara quanto ao conceito de funcionalidade, o que coloca de imediato um problema na escolha de uma medida de resultados. A maioria das definições conceptuais de funcionalidade baseiam-se no desempenho das actividades da vida diária (AVD), contudo, neste caso, a manutenção desta utente em casa não depende exclusivamente da sua funcionalidade física (força, equilíbrio e desempenho das AVD ou outras actividades), depende

também da sua capacidade de gerir autonomamente a sua vida (aspecto social) de forma equilibrada (aspecto emocional).

Também parece ser essencial obter uma perspectiva mais clínica e outra mais baseada na percepção da utente, visto ser a última que tem maiores implicações na auto-confiança da utente e consequente capacidade de se manter autónoma.

Assim percebemos que estamos à procura de dois tipos de medidas, uma mais clínica que avalie a funcionalidade física e outra que avalie a percepção do utente numa perspectiva de funcionalidade mais abrangente.

PASSO 2

Identificação de possíveis

As primeiras etapas da identificação dos instrumentos são a pesquisa na literatura, a conversa com colegas mais experientes ou até a conversa com estudantes que possam estar na instituição nos seus períodos de aprendizagem clínica. Feita esta pesquisa, da literatura internacional e as conversas com colegas e estudantes, sugerem quatro instrumentos que podem eventualmente servir aos nossos objectivos.

1. Functional Status Questionnaire (JETTE *et al* 1987; GOMES DA SILVA 2001) – é um questionário abrangente, que avalia aspectos físicos, emocionais e sociais, que reporta à percepção do utente como base da informação recolhida. Está em Inglês mas há uma validação para português disponível na ESS-IPS.

2. Timed up & go (PODSIADLO E RICHARDSON 1991, SKELTON *et al* 1996) – é um teste de desempenho, muito referenciado na literatura, cujos resultados podem ser indicativos de futuro risco de queda. Simples de utilizar, não requer treino específico nem material dispendioso. Sendo uma medida de desempenho não requer traduções. Os estudos de validade que existem publicados são suficientes.

3. Functional Reach (DUNCUN *et al* 1990, DUNCUN *et al* 1992, WEINER *et al* 1992) – é também uma medida de desempenho, cujos resultados podem ser indicativos de quedas futuras e que avalia o equilíbrio. Sendo uma medida de desempenho não requer traduções. Os estudos de validade que existem publicados são suficientes.

PASSO 3

Análise da sua

1. O conteúdo do instrumento é adequado aos objectivos da intervenção?*Functional Status Questionnaire*

Sim. A versão portuguesa está adaptada à população idosa. É abrangente e avalia funcionalidade física, emocional e social.

Timed up & go

Sim, é uma medida de desempenho que avalia mobilidade e função física.

Functional Reach

Não completamente pois o seu objectivo principal é avaliar o equilíbrio e não a funcionalidade.

2. O instrumento produz resultados reproduzíveis e consistentes?*Functional Status Questionnaire*

Os valores da consistência interna, avaliados através do "Standardized Item Alpha" varia entre 0,75 e 0,92.

Fidedignidade inter e intra observador, avaliada com o ICC=0,81

Timed up & go

Fidedignidade inter e intra observador é muito boa, com um ICC=0,99 (Podsiadlo e Richardson 1991).

Functional Reach

Fidedignidade intra observador tem um ICC=0,92

Fidedignidade inter observador tem um ICC=0,98

3. O instrumento avalia o que se propõe avaliar?*Functional Status Questionnaire*

Sim (a versão portuguesa). Foi avaliada a validade de conteúdo e aparente, com resultados satisfatórios.

Timed up & go

Validade de construto – r de pearson 0,81 quando correlacionado com a Berg Balance Scale (Podsiadlo e Richardson 1991).

Functional Reach

Validade concorrente – r=0,65 com Protocolo de mobilidade; r=0,71 com o teste de marcha de 10 metros (Weiner et al 1992).

4. O instrumento detecta mudanças ao longo do tempo, relevantes para o utente?

Para todas as medidas sugeridas, excepto a Índice de Barthel a sensibilidade reportada é boa. O Índice de Barthel, em estudos realizados em Portugal com pessoas idosas, na comunidade, sugere uma baixa sensibilidade à mudança.

5. Quão fácil é interpretar os scores obtidos com o instrumento?

Functional Status Questionnaire

O score máximo a obter é 100, quanto mais alto o valor, melhor a funcionalidade.

Timed up & go

É uma medida de tempo, quanto menor o tempo dispendido na tarefa, melhor a funcionalidade/mobilidade.

Functional Reach

É uma medida de distância, quanto menor a distância conseguida pior o equilíbrio.

6. O instrumento é aceitável pelos utentes?

Para todos os instrumentos sugeridos, a literatura sugere uma boa aceitabilidade por parte do utente.

7. O instrumento é fácil de utilizar?

Functional Status Questionnaire

É, demora cerca de 15 minutos a responder.

Timed up & go

É rápido, não requer treino específico e não requer material dispendioso.

Functional Reach

É rápido, não requer treino específico e não requer material dispendioso.

PASSO 4 Decisão

Considerando a informação que foi recolhida e os objectivos estabelecidos para esta intervenção, nomeadamente melhorar a funcionalidade para permitir a manutenção do utente em casa; sugere-se a escolha da medida de desempenho "Timed Up & Go", por ser amplamente referenciada na literatura, apresentar boas características psicométricas, por avaliar o conceito que se pretende medir – funcionalidade, e por ser fácil de utilizar, rápida e não dispendiosa.

Relativamente à medida da percepção do utente, sugere-se o "Portuguese Functional Status Questionnaire". As suas características psicométricas e utilização clínica em diferentes estudos orientam esta escolha.

CONCLUSÃO

A avaliação é fundamental na intervenção do fisioterapeuta. Imposições internas e externas conduzem à necessidade de objectivar mais a avaliação realizada, para se responder aos utentes, às instituições e à sociedade em geral.

No contexto português, há duas questões que podem tornar esta tarefa mais difícil ao fisioterapeuta. Por um lado, a selecção da medida de resultados a utilizar pode ser complexa pelo difícil acesso à informação, por outro, considerando a escassez das publicações na área da fisioterapia, encontrar a medida também pode ser um problema.

O objectivo deste artigo foi o de ilustrar os tipos de medida disponíveis e também um conjunto de critérios que podem auxiliar o fisioterapeuta a seleccionar e encontrar a medida que necessita para cada situação clínica, isto é proporcionar um instrumento que permita uma avaliação rigorosa das características de cada medida, ponderando-as face aos objectivos de cada intervenção.

A demonstração da nossa efectividade resulta da avaliação de parâmetros clínicos e específicos da fisioterapia, mas também de parâmetros que avaliem o impacto dessas alterações na vida dos utentes, na sua funcionalidade e na sua qualidade de vida. Parâmetros que ofereçam uma perspectiva mais holística do utente e que sejam compreendidos e valorizados quer por este, quer por outros profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- BINKLEY, J.M. STRATFORD, P.W. LOTT, S.A. RIDDLE, D.L. NORTH AMERICAN ORTHOPEADIC REHABILITATION RESEARCH NETWORK The lower extremity functional scale: scale development, measurement properties and clinical application *Physical Therapy* vol. 79 no 4, 1999, pg 371-383.
- CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY Outcome Measures CLEF03. London: CSP, August. 2001.
- DUNCUN, P.W. STUDENSKI, S. CHANDLER, J. PRESCOTT, B. Functional Reach: Predictive validity in a sample of elderly male veterans. *Journal of Gerontology*. Vol. 47, nº 3, 1992, pg. M93-M98.
- DUNCUN, P.W. WEINER, D.K. CHANDLER, J. STUDENSKI, S. Functional reach: a new clinical measure of balance. *Journal of Gerontology*. Vol. 45, nº 6, 1990, pg. M192-M197
- FARQUHAR, M. Elderly People's Definition of Quality of Life. *Social Science and Medicine*. Vol. 41, 1995, pg 1439-1446

- FITZPATRICK, R. DAVEY, C. BUXTON, M.J. JONES, D.R. Evaluating patient based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*. Vol. 2 no 14, 1998
- GRONLUND, N. LINN, R.L. *Measurement and Evaluation in Teaching* 6th Ed. McMillan Publishing Company, New York. 1990.
- GUYATT, G.H. Making sense of quality of life data. *Medical Care*. vol. 38, nº9 Supplement II, 2000, pg 175 II-179 II
- JETTE, A. CLEARY, P.D. Functional Disability Assessment. *Physical Therapy*. Vol. 67, nº 12, 1987, pg. 1854-1959
- JUNIPER, E.F. GUYATT, G.H. WILLAN, A. GRIFFITH, L.E. Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology* Vol. 47, 1994, pg. 81-87
- MAYO, N. COLE, B. DOWLER, J. GOWLAND, C. FINCH, E. Use of Outcome measures in physiotherapy: survey of current practice. *Canadian Journal of Rehabilitation* 1994, pg 81-82
- MCDOWELL, I. NEWELL, C. *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2nd Ed. New York: Oxford University Press, 1996.
- NUNNALLY J BURNSTEIN JC *Psychometric Theory*. 3rd Edition. New York: McGraw-Hill, 1994.
- PATRICK, D.L. CHIANG, Y.P. Measurement of Health Outcomes in Treatment Effectiveness Evaluations: Conceptual and Methodological Challenges. *Medical Care*. Vol. 38, nº 9, Supplement II, 2000, pg 14 II-25 II.
- PODSIADLO, D. RICHARDSON, S. The timed Up & Go. A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society*. Vol. 39, pg142-148, 1991.
- STREINER, D.L. NORMAN, G.R. *Health Measurement scales: a practical guide to their development and use* 2nd Edition. Oxford University Press. 1995.
- WEINER, D.K. DUNCUN, P.W. CHANDLER, J. STUDENSKI, S.A. Functional Reach: marker of physical frailty. *Journal of the Americans Geriatric Society*. Vol. 40, 1992, pg.203-207.
- WOODEND, A.K. NAIR, R.C. TANG, A.S-L. Definition of Life Quality from a patient versus health care professional perspective. *International Journal of Rehabilitation Research*. Vol. 20, nº 1, 1997, pg 71-80.

Referências eletrônicas

BAUMBERG L, LONG A JEFFERSON J (1995) International Workshop: culture and outcomes: Barcelona; Leeds: European Clearing House on Health Outcomes. Website: <http://www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservice/UKCH/about.html>